

Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil

Service users' perceptions of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program in the Municipality of Mossoró, Brazil

Tiago Rodrigues Bento da Silva ¹

Jennifer do Vale e Silva ¹

Andrezza Graziella Veríssimo Pontes ²

Andrea Taborda Ribas da Cunha ¹

Abstract *The Mais Médicos (More Doctors) Program (MMP), which was launched in 2013, sought to provide doctors to work in primary health care in priority areas within the Brazilian Unified Health System (SUS). This article analyzes the perception of MMP service users through the results of a qualitative study that consisted of interviews with service users of the Family Health Strategy (ESF) in which doctors from the MMP worked. The service users who were interviewed had a positive view of the MMP because it had expanded access to health care, although there still remained organizational and technical problems that limited the use of services. The performance of foreign doctors was well viewed, with an emphasis on a humanized relationship between doctor and service user, which was characterized by listening, attention and dialogue. In terms of communication with these professionals, some service users referred to language as being a barrier, which was ameliorated by the use of communication strategies within the ESF. The MMP offered a quick and satisfactory resolution to the historical problem of difficulty of access to doctors in Brazil. However, the effectiveness of the Brazilian health system requires that weaknesses are overcome, such as access to specialized services, organizational problems and the implementation of service production models that are centered on illness.*

Key words *Primary health care, Health policy, Medical care, Human resources, Personnel management*

Resumo *O Projeto Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, buscou prover profissionais médicos para atuar na Atenção Primária à Saúde, em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde. Neste artigo, analisa-se a percepção de usuários sobre o PMM, como resultado de investigação qualitativa que entrevistou pessoas atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que atuam médicos do projeto. Os entrevistados veem positivamente o PMM, por ele ter ampliado o acesso aos cuidados médicos, embora persistam barreiras organizacionais e técnicas que limitam o uso dos serviços. A atuação de médicos intercambistas foi bem avaliada, com ênfase na relação médico-usuário humanizada, caracterizada pela escuta, atenção e diálogo. Sobre a comunicação com esses profissionais, os usuários referem o idioma como uma barreira, que foi amenizada pelo uso de estratégias comunicacionais nas ESF. O PMM ofereceu resolução rápida e satisfatória para o problema histórico da dificuldade de acesso ao médico. Contudo a efetivação do sistema de saúde brasileiro exige a superação de insuficiências, como acesso a serviços especializados, problemas organizacionais e modelos de produção de serviços centrados na doença.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Política de saúde, Cuidados médicos, Recursos humanos*

¹ Departamento de Ciências Biomédicas, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. R. Atirador Miguel Antônio da Silva Neto s/n, Aeroporto. 59607-360 Mossoró RN Brasil
tiagosolanea@hotmail.com

² Faculdade de Enfermagem, UERN. Mossoró RN Brasil.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a escassez de profissionais é um problema global, que compromete a edificação dos sistemas nacionais de saúde, e se agrava nas regiões com maiores cargas de doenças¹. Para responder aos desafios oriundos das transições demográficas, epidemiológicas e da redistribuição das cargas de incapacidade, há necessidade de mudanças nesses sistemas, no perfil dos profissionais e na sua formação².

No Brasil, visualizam-se iniciativas de governos federais visando à atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas do país, como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS – 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS – 1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS – 2001) e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)³.

Apesar de essas iniciativas e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) virem acompanhadas de uma expressiva ampliação dos serviços de saúde⁴⁻⁶, persiste, entre outros problemas que comprometem a garantia do acesso universal, a desigual distribuição de médicos. Isso se reflete na carência desse profissional em municípios mais distantes dos grandes centros urbanos⁷⁻⁹.

Diante disso, o governo brasileiro instituiu, em 8 de julho de 2013, por meio da Medida Provisória 621, o “Programa Mais Médicos” (PMM), com os objetivos de reduzir a carência desses profissionais no país, fortalecer o SUS, reordenar a formação nacional deles e fortalecer a política de educação permanente em saúde¹⁰. Transformado na Lei 12.871, em 22 de outubro de 2013, o PMM reordenou a oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência, criou novos parâmetros para essa formação e lançou o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que consiste no provimento emergencial destes profissionais para a atenção básica em saúde, em regiões prioritárias do SUS¹¹.

O PMMB recrutou médicos para atuarem na Atenção Básica, compondo as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que impulsionou a importação dessa força de trabalho, após o baixo índice de adesão de brasileiros à primeira chamada do PMMB¹². Contratados por três anos, eles atuam sob supervisão e tutoria de universidades brasileiras, realizam aperfeiçoamento em Atenção Básica¹³ e se inserem em regiões consideradas prioritárias pelo restrito acesso a serviços

de saúde, difícil provimento de médicos e maior vulnerabilidade de sua população, conforme critérios definidos pela Portaria 1377, de junho de 2011¹⁴.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a percepção de usuários sobre o PMM. Parte-se da premissa de que os critérios para avaliar reformas sanitárias e suas políticas correspondentes devem ser oriundos, além de gestores e especialistas, de trabalhadores da saúde, usuários e outros segmentos da sociedade¹⁵. As abordagens pautadas em percepções de usuários têm viabilizado a compreensão de aspectos subjetivos basilares para a atenção à saúde, o que, junto ao rigor metodológico empreendido sob novas bases paradigmáticas, sobretudo compreensivas e dialéticas, têm levado a sua consolidação e crescente legitimidade científica^{16,17}. Possíveis limites que lhes têm sido conferidos, como não representatividade das amostras, a susceptibilidade dos achados ao modo como os “dados são coletados”, a alteridade do pesquisador frente à compreensão dos fenômenos, entre outros¹⁸, são, em parte, advindos de incompreensões de outros campos discursivos, como o biomédico, quanto à natureza ontológica e epistemológica dessas abordagens e, em parte, encerram desafios internos a esse campo investigativo¹⁹.

Métodos

Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa¹⁶, no município Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte, onde, em abril de 2014, 14 médicos intercambistas, provenientes de Cuba, passaram a integrar cerca de 25% das equipes locais da ESF²⁰. O estudo foi realizado nos territórios das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que receberam esses médicos.

Os sujeitos da pesquisa foram moradores dos territórios atendidos pelas equipes de ESF com médicos intercambistas, incluídos mediante os seguintes critérios: residir há pelo menos um ano na localidade assistida pela ESF; ter utilizado os serviços de saúde da ESF, em particular, do médico intercambista; e ser maior de 18 anos. Excluíram-se aqueles que não tinham tempo mínimo de 30 minutos para a realização da entrevista e os que possuíam relação de parentesco direto ou por afinidade, ou envolvimento afetivo com o médico intercambista ou com outro profissional atuante na UBS em que se realizou a pesquisa.

Para seleção dos usuários, primeiro, foi aplicado critério territorial: escolheu-se uma Equipe

de Saúde da Família com médico estrangeiro em cada uma das cinco regiões do município (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), dando-se prioridade às equipes completas. Feito isso, os participantes foram selecionados nos territórios onde atuam as equipes, de modo que se procurou entrevistar pelo menos um por microárea de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Buscou-se diversificar o perfil dos entrevistados quanto à idade, ao sexo e ao perfil socioeconômico, desde que respeitados os critérios de inclusão.

O tamanho da amostra foi definido com base na saturação teórica²¹, utilizada nos estudos qualitativos, de modo que houve um total de 25 entrevistados, atendidos por seis equipes da ESF, abrangendo todas as regiões do município.

Para a coleta de dados, fez-se uso de entrevista individual semiestruturada²², buscando-se a autonomia e a liberdade do entrevistado em se manifestar. Foi realizada nas residências dos participantes ou na própria unidade de saúde, quando havia local apropriado, de acordo com a conveniência do entrevistado, assegurando-se a privacidade e o sigilo das informações obtidas.

O material foi submetido à técnica de análise temática, envolvendo os seguintes procedimentos metodológicos: categorização (decompor o material analisado em partes e distribuí-las em categorias), descrição (fazer uma descrição dos resultados da categorização), inferência (fazer inferências dos resultados), interpretação (interpretar os resultados com auxílio da fundamentação teórica adotada). Na prática, formularam-se perguntas que visaram descobrir o conteúdo das mensagens, sem, contudo, intervir nele; antes, procurando apreendê-lo^{22,23}.

A análise culminou no estabelecimento de três categorias a partir das quais foi estruturada a apresentação dos resultados: Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) na visão de usuários; Acesso à Atenção Primária a Saúde: mudanças e continuidades; e, Percepção de usuários sobre o trabalho do médico intercambista.

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e aprovada.

Resultados e discussão

O Programa Mais Médicos (PMM) na visão de usuários

O perfil dos usuários que demonstraram sua percepção sobre o PMM foi estabelecido com base nos critérios de sexo, escolaridade e faixa etária. Ao todo, foram 25 sujeitos da pesquisa: 18 mulheres (72 %) e 7 homens (28%), 23 com escolaridade de ensino médio ou fundamental (92%), 1 analfabeto (4%) e 1 com ensino superior (4%), quatro idosos acima de 60 anos (16%), 10 adultos entre 30 e 60 anos (40%) e 11 jovens entre 18 e 30 anos (44%).

O PMM é visto por esses usuários como estratégia importante do governo para suprir a falta de médicos em UBS e melhorar o acesso a esse profissional na APS, devido, sobretudo, à vinda de médicos intercambistas. Em menos de um ano, o PMM recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios, dos quais 12.616 são estrangeiros de 49 países e, dentre estes, 11.429 são cubanos³.

O problema de médico está melhorando um pouco, com esses médicos de fora. Esse, principalmente, do posto (Entrevistado 03).

Além da facilidade de acesso, a atenção e o respeito dispensados aos usuários por médicos cubanos foram evidenciados na pesquisa como elementos que contribuem para uma avaliação positiva do projeto.

É ótimo, porque onde eles [médicos cubanos] estão, as pessoas dizem que são ótimos demais (Entrevistado 05). *Genial, principalmente, o cubano, porque ele atende direito, dá atenção* (Entrevistado 02). *Eu gostei muito. Acho que eles [médicos cubanos] estão mais bem preparados, porque conversa com você, pela tranquilidade que passa, não tem vexame, trata a pessoa super bem* (Entrevistado 18). *É sinal que o país está precisando de médicos* (Entrevistado 19). *Eu gostei. Porque, antes, a gente vinha [ao posto de saúde], e não tinha médico* (Entrevistado 20).

Para os usuários, a justificativa para a vinda de médicos estrangeiros advém de que os médicos do Brasil não querem atender no SUS, mas, sim, no setor privado, sobretudo em consultórios particulares:

Muitas vezes, têm médicos brasileiros que não querem atender pelo SUS. Aí, o médico cubano, lá, falta lugar de emprego, vem para cá, aqui, aceitam trabalhar pelo SUS. A maioria dos médicos daqui, eles estudam até o fim e, quando chegam na hora de botar em prática, eles abrem uma clínica particular, e eles [os estrangeiros] não; eles tão aceitando vir (Entrevistado 10).

Essa é uma questão complexa. Por um lado, envolve o fato de que o “altruísmo que caracterizou o início da profissão médica moderna, há muito foi substituído pela ideologia profissional de valorização das ultraespecialidades, dos altos rendimentos pessoais e da transformação dos próprios consultórios em microempresa inserida num competitivo mercado de negócios”²⁴.

Por outro lado, abrange a precarização do trabalho e a falta de investimento na força de trabalho do SUS. A conjuntura atual do mundo do trabalho repercute na produção dos serviços de Saúde, com degeneração dos vínculos, incluindo a negação ou a omissão quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores; precarização dos ambientes e condições de trabalho²⁵; heteronomia salarial; jornada de trabalho diferenciada e desigual; ausência de Planos de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); ausência de diretrizes e princípios técnico-institucionais no processo de contratação por clientelismo; ausência de uma política de educação permanente²⁶.

Houve, também, de forma menos expressiva, percepções negativas dos usuários quanto à vinda de médicos estrangeiros, demonstrando preocupação e insegurança quanto à formação desses profissionais e à viabilidade da comunicação. Há uma compreensão de que deveria haver investimento nos médicos brasileiros, em especial, com salários atrativos.

É uma vergonha para o governo federal, por quê? Porque nós temos médicos no Brasil inteiro! Aí, vai trazer médicos lá de fora pra cá? Será que são médicos mesmo? Formado? (Entrevistado 09). Eu acho que isso implica em um atendimento que não é bom, não é eficiente; primeiro, porque ele não entende a língua, eu não entendi o que ele falava, né? Eu vejo como um problema e desnecessário essa assistência de fora (Entrevistado 12). Eu acho que era muito mais fácil eles pagar melhor para os médicos daqui atender (Entrevistado 13).

A fixação de médicos em áreas remotas vai além da questão salarial. Nesse sentido, “a ausência de atratividade de regiões com piores indicadores sociais e as condições inadequadas de trabalho, com cargas horárias excessivas e má remuneração, dificultam a fixação de médicos

e melhores rendimentos, isoladamente, podem não ser uma compensação quando médicos são submetidos ao isolamento profissional e à baixa qualidade de vida deles próprios e de seus familiares”²⁵.

É importante frisar que, no PMM, “estavam elegíveis para participar: médicos brasileiros graduados no Brasil ou no exterior e médicos estrangeiros, independente do local de graduação, desde que vindos de países cujo número de médicos per capita fosse acima de 1,8 por mil, que corresponde ao do Brasil antes do PMM”³. O programa passou a contar com 1846 médicos brasileiros, demonstrando pouca adesão destes ao projeto”³.

Acesso à Atenção Primária à Saúde: mudanças e continuidades

No Brasil, o acesso aos serviços de Saúde no âmbito do SUS deve ser ordenado pela Atenção Primária²⁷. A garantia do acesso é complexa, pois abrange as dimensões política (pactuação entre instâncias, controle social), econômico-social (investimentos públicos, renda do usuário), organizacional (fluxo de atendimento, regulação, referência/contrarreferência), técnica (acolhimento, qualidade da atenção), simbólica (cultura, crenças, valores)²⁸ e geográfica.

Os usuários atendidos pelos médicos do PMM expressaram-se sobre o acesso em suas dimensões organizacional e técnica. Primeiro, referem que esses médicos estão mais presentes nas UBS e, por isso, diferenciam-se dos anteriores. Reduzem-se, assim, as incertezas quanto à possibilidade do atendimento. No PMM, os médicos devem dedicar 32 horas de sua semana para atividades na APS e oito horas para estudos teóricos e são, posteriormente, submetidos a avaliações³.

O médico é muito pontual (Entrevistado 3). Os do Brasil [médicos] vinham no dia que queriam (Entrevistado 5). A demanda de ficha para o médico cubano é mais fácil de você conseguir, e outro médico, não. Era o povo todo dizendo assim: o cubano vem, o cubano não falta (Entrevistado 12). Bom, né? Porque, aqui, quando não tinha médico, era a maior dificuldade pra encontrar médico, mas, agora, depois deles, melhorou 100% (Entrevistado 24).

Os usuários referem um maior acesso à consulta médica e uma redução do tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta, que, antes, chegava a durar meses. Contudo, evidenciam a continuidade dos mecanismos de marcação de consulta pela tradicional distribui-

ção da ficha de atendimento por ordem de chegada, o que gera filas nas UBS, ainda na madrugada.

Tem que vir de madrugada para pegar ficha, não é toda vez que consegue (Entrevistado 01). *Tá muito bom depois desse médico porque, toda hora que você chega, tem ficha, porque, antes, não tinha. Eu pego hoje para ser consultada amanhã. O certo era para pegar hoje e se consultar hoje mesmo* (Entrevistado 06). *Você vai no posto de saúde e marca na sexta, aí, é atendido ou segunda ou terça* (Entrevistado 13).

A literatura evidencia que essa ainda é uma forma muito utilizada no Brasil de organizar o acesso à consulta médica no âmbito da APS. Estudos envolvendo UBS com ESF no Ceará²⁹, Pernambuco^{30,31} e Bahia^{32,33} revelaram a reprodução desse modelo, associado a esperas que chegam a superar 15 dias para realização da consulta, após seu agendamento. Estudo baseado nos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012, mostra que mais de 50% dos usuários no Brasil pegam ficha na UBS como forma de agendamento de suas consultas, e mais de 30% deles fazem filas na UBS, antes de ela abrir³⁴.

Trata-se de um modelo tradicional e ineficaz, indutor de filas de usuários na porta dessas Unidades de Saúde, que organiza dias e/ou horários fixos, para que a população faça o agendamento da consulta médica, o que, geralmente, é feito pela recepção da UBS, com pessoal não qualificado para o exercício dessa função. Esse modelo, quando muito, realiza, sob a responsabilidade de um profissional de Saúde da UBS, uma triagem dos usuários antes de encaminhá-los à consulta médica³⁵. Quanto ao tempo de espera, embora os usuários do PMM refiram redução desse tempo e maior acesso à consulta, não se chega ao ponto de, sempre, viabilizar-se o atendimento médico no mesmo dia em que se procura, o que é de grande significado para eles.

Em geral, os usuários veem positivamente a atuação de novos médicos nas UBS de sua referência. Todavia apontam outras barreiras que comprometem a resolutividade de seus problemas de saúde, tais como acesso às especialidades médicas, a medicamentos e exames.

É muito difícil. Porque, por exemplo, você precisa de um médico, de um especialista, você vai ao posto, e o posto lhe dá um encaminhamento, e você passa quase três meses pra conseguir a consulta com aquele especialista, seja oftalmologista, ginecologista (Entrevistado 12). *A falta de remédio é grande* (Entrevistado 3). *Eu precisei desses exames,*

uma ressonância em agosto, ontem foi que eu fui conseguir fazer, com cinco meses depois! (Entrevistado 22).

O acesso às especialidades médicas constitui aspecto de grande relevância para se efetivar uma Atenção Primária Integral⁶. Análise a partir da avaliação externa do PMAQ, em 2012, revelou que 61,2% dos usuários no Brasil esperaram até 30 dias para acessar uma consulta especializada, após ser atendido na APS³⁴. Embora se observe a criação de estruturas regulatórias no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde no Brasil, para integrar os serviços de APS e os de atenção especializada ao longo dos últimos anos³⁶, outros estudos sugerem que esse tempo de espera é bem superior aos encontrados na avaliação externa do PMAQ, o que reforça os questionamentos sobre a validade deste achado^{34,37,38}. Vale salientar que esse tempo de espera também varia em virtude das desigualdades socioeconômicas: é, em geral, maior para os indivíduos com menor poder econômico e escolaridade³⁹.

Sobre o acesso a medicamentos, pesquisas apontam uma oferta considerada elevada destes na APS: disponibilizam-se na própria UBS, aproximadamente, 70% dos medicamentos receitados^{34,40}. Entretanto há outras evidências sobre a falta de medicamentos, o que aponta a necessidade de pesquisas sobre a assistência farmacêutica na APS⁴¹.

Após o PMM, na perspectiva dos usuários, está configurada uma APS mais acessível no que tange à consulta médica. Contudo é preciso considerar que, simultaneamente, há muitas dificuldades para prestar ações e serviços de saúde oportunos e resolutivos, o que pode estar associado ao baixo financiamento, a limitações de ordem técnico-administrativas, à baixa organização do sistema e à ineficiência na oferta do conjunto dos serviços, necessários a um atendimento integral⁴².

Percepção de usuários sobre o trabalho do médico intercambista

O trabalho do médico intercambista foi percebido a partir da relação médico-usuário, da resolutividade da consulta médica e da comunicação com os usuários. A relação médico-usuário despontou como questão central. Os entrevistados informaram que se sentem acolhidos e encorajados a participarem ativamente das consultas médicas. Além disso, de forma geral, revelam-se satisfeitos, elogiando atitudes do médico, como olhar no rosto e dar oportunidade para falar.

É o que eu acabei de dizer: como ele lhe trata, como ele lhe recebe. Tá entendendo? Ele não tem o negócio de ter que sair. Você não diz se não quiser, porque ele lhe dá espaço (Entrevistado 3). Porque ele é muito atencioso com a gente. Ele olha pra gente mesmo. Tem médico que chega e só escreve. O que a senhora tem? Ele não! Ele olha, ele escuta, como eu estou conversando aqui, com você, ele olha no rosto da gente, pergunta o que a gente tem (Entrevistado 6).

O tema da humanização das práticas de saúde tem pautado a necessidade de um cuidado em saúde capaz de aliar os conhecimentos técnico-científicos ao reconhecimento dos direitos, da cultura e da subjetividade dos usuários⁴². Busca-se superar a sobrevalorização da dimensão técnica no manejo dos mecanismos morfofuncionais relacionados às doenças, em detrimento de sua dimensão humana, que secundarizou questões socioculturais e afetivas, e excluiu da terapêutica a realidade de vida, os conhecimentos e as experiências dos usuários⁴³⁻⁴⁵.

Esse modelo de relações plasmado nas práticas de saúde sofreu influência da medicalização social, que ocultou o caráter social do adoecimento; do complexo médico-industrial, que dirigiu as atenções profissionais para máquinas e equipamentos; das determinações sociais, de vida e de trabalho em saúde, geradores de contextos desumanizadores; e da constituição e organização dos sistemas de Saúde, que subordinam os profissionais a dinâmicas cada vez mais rotineiras e acrílicas⁴⁶. Como exemplos, a pressão quantitativa por consultas e procedimentos, crescente implementação de rotinas e protocolos assistenciais e da precariedade das condições, estabilidade e vínculos profissionais^{41,47}.

Essa desumanização compromete o sucesso prático das intervenções, fazendo com que não se realizem as pretensões de melhoria das condições de saúde contidas nos avanços técnico-científicos⁴⁵. Ademais, o sentido do trabalho médico tem sido capturado pela ideia de realização pessoal patrimonial, em detrimento de sua dimensão social⁴⁷, o que pode estar associado à insatisfação e desconfiança do usuário em relação à forma de proceder do profissional, fato que, também, compromete a confiança necessária a uma boa relação médico-usuário.

Outro aspecto evidenciado foi a resolutividade percebida pelos usuários acerca da consulta com o médico intercambista, o que, também, já foi mostrado em estudo com médicos brasileiros⁴⁸.

Tudo que eu sempre preciso, ela sempre resolve. Ela passou a receita, precisei de uns exames, ela

passou, precisei passar por outro médico, ela passou, me deu encaminhamento, as meninas marcaram, eu já passei por esse médico. Quer dizer que todas as vezes que venho pedir alguma coisa aqui, ela sempre resolve (Entrevistado 17). Porque, assim, se eu vivia eternamente com essa dor de cabeça, né? Essa dor de cabeça em mim, o quê que é? O quê que é? Minha diabetes não está fora do limite, e eu: por que é? Aí, eu fui, comecei a tomar o medicamento e, hoje, já senti melhora. Aí, eu acho que ele foi uma salvação de Deus sobre essa minha dor de cabeça (Entrevistado 5).

A resolução do problema é uma das principais expectativas dos usuários diante da procura por um profissional de Saúde, e ela recai com especial atenção sobre o médico, pelo fato de ser o profissional mais procurado pela população na APS⁴⁹.

Neste estudo, a concepção de resolutividade explicitada pelos usuários é sinônimo de controle e tratamento de doenças, o que reitera achados já presentes na literatura⁵⁰. Os usuários referem, em geral, elevada satisfação com os serviços utilizados, tal como já evidenciado pela literatura^{51,52}, o que, nem sempre, reflete a qualidade do serviço oferecido^{30,53}.

É preciso salientar que pensar a resolutividade a partir da APS integral e dos princípios e diretrizes do SUS implica, além de dar resolução às doenças e agravos tradicionalmente demandados pela população, reconhecer e enfrentar necessidades amplas, relativas aos determinantes do processo saúde-doença e a todos os processos objetivos e subjetivos que comprometem a saúde e que não encontram resposta satisfatória perante o arsenal técnico-científico da biomedicina^{41,54}.

Os usuários também discorreram sobre a comunicação com o médico intercambista. Essa questão suscitou no debate público no Brasil, quando do anúncio desses médicos para o país, a indagação sobre a possibilidade de os distintos idiomas, de médicos e usuários, configurarem-se como uma barreira à qualidade dos serviços oferecidos.

Pequena quantidade de usuários relatou não ter problemas com o idioma do médico. A maioria evidenciou dificuldade em entender o que o médico intercambista cubano dizia, e isso foi mencionado como um aspecto negativo, mas que não inviabiliza a consulta.

Fica uma mulher mais ele [o médico estrangeiro], uma daqui do posto de saúde, que, quando a gente não entende, ela explica (Entrevistado 1). Quando eu não entendo, eu vou perguntando a ela o que ela tá dizendo, aí, ela vai fazendo gestos, aí,

eu entendo o que ela diz. Aí, às vezes, quando eu não entendo, eu chamo a menina aí pra me explicar (Entrevistado 15). *Não tive problemas com a fala. Entendi bem* (Entrevistado 17). *Tem nem o que falar não. Dizer que gostei, deu pra entender, ele tem paciência, quando não dá pra entender, ele voltava* (Entrevistado 20). *A fala dele é meio complicado pra gente, mas a gente pede a ele pra explicar, ele volta a explicar de novo, e a gente entende* (Entrevistado 05).

A conversação é um processo de acordo que implica que os interlocutores estejam dispostos a isso, promovendo um intercâmbio de opiniões que culminem em uma decisão comum, assim, o diálogo entre médico e usuário deve buscar o estabelecimento de laço que promova uma interação entre esses sujeitos e que seja capaz de fazer convergir o êxito técnico e o sucesso prático na relação estabelecida^{45,55}.

Em se tratando de médicos intercambistas, é natural que se pressuponha certa dificuldade de comunicação durante os atendimentos. No entanto a problemática não reside apenas na compreensão do verbete em si, mas no entendimento da mensagem que se tenta transmitir. Isso foi observado na pesquisa de Caprara e Rodrigues⁴⁴, com médicos brasileiros, na ESF, em que se verificou que 39% dos médicos não explicavam os problemas encontrados de forma clara e objetiva e que, em 58% dos atendimentos, o profissional não se certificou de que o paciente havia compreendido o diagnóstico encontrado.

Nesse sentido, médico e usuário praticarem o mesmo idioma não garante que há satisfatória

comunicação entre eles, haja vista a interferência de fatores, como utilização de linguagem técnica de forma excessiva, diferentes níveis de escolaridade dos usuários, discurso médico impositivo.

Observou-se que o fato de os médicos serem oriundos de países que não adotam o português como língua oficial não se configurou como impedimento à interação entre os sujeitos, ante o emprego de estratégias comunicacionais, como linguagem não verbal, fala pausada e repetida e auxílio de outros profissionais na transmissão das mensagens.

Considerações finais

A voz dos usuários revela que o PMM se configura um avanço para o SUS porque vem contribuindo para a superação de um problema histórico e de difícil enfrentamento, que é a ampliação do acesso ao médico em regiões mais vulneráveis do Brasil. Tal tendência alinha-se de forma mais contundente aos esforços internacionais de provimento de pessoal para a Saúde.

Porém, seu caráter emergencial desloca os desafios de provimento para o médio e o longo prazos, mediante políticas que precisam, também, enfrentar, de forma simultânea, os problemas de baixa fixação e alta rotatividade. Consolidar um Sistema de Saúde Público e Universal pautado na Atenção Primária Integral requer esforços e ousadia para enfrentar outros problemas estruturantes, como o financiamento e os modelos de organização, gestão e atenção à saúde.

Colaboradores

TRB Silva trabalhou em todas as etapas da pesquisa e da construção do artigo; J Vale e Silva atuou na concepção, orientação e análise da pesquisa e na escrita do artigo. AGV Pontes participou da análise e redação artigo. ATR Cunha realizou revisão crítica e redação do artigo.

Referências

1. Taylor AL, Hwenda L, Larsen BI, Daulaire N. Stemming the Brain Drain - A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. *N Engl J Med* 2011; 365(25):2348-2351
2. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med* 2013; 370(23):950-957.
3. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). La marcha del Brasil hacia la cobertura universal. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [acessado 2015 jun 10]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910/es/>
5. Macinko J, Harris M. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2178.
6. Lígia G, Maria HM. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
7. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s7-s16.
8. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Densidade Médica no Brasil – Dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: CFM; 2013. Relatório de pesquisa.
9. Duncan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014; 9(32):233-234
10. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
11. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
12. Brasil. Edital nº 39, de 8 de julho de 201. Adesão de médicos ao projeto mais médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
13. Brasil. Portaria Interministerial nº1369, de 13 de junho de 2011. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2011; 14 jun.
14. Brasil. Portaria nº1377, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Estabelece critérios para a definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
15. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. *Rev de Saude Publica* 2010; 33(3):566-570.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa em serviços de saúde*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
18. Espiridião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005 10(Supl.):303-312.
19. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em serviços de saúde: panorama e desafios. *Cien Saude Colet* 2012. 17(3):575-586.
20. Prefeitura Municipal de Mossoró (PM Mossoró). *Relação de médicos intercambistas*. Mossoró: PM Mossoró; 2014.
21. Turato ER, Fontanella BJB, Ricas J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):17-27.
22. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
23. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª ed. São Paulo: Cortez; 2007.
24. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):637-640.
25. Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 272. (Coleção Saúde Coletiva).
26. Medeiros SM, Rocha SMM. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Cien Saude Colet* 2004; 9(2):399-409.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
28. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.
29. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4315-4326.
30. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35):797-810,

31. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2903-2912.
32. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):725-737.
33. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Alciono Brasileiro Oliveira C, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3047-3056.
34. Fausto MCR, Giovannella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate* 2014; 38(esp):13-33.
35. Luz J. *Práticas de acolhimento e acesso aos serviços de atenção primária à saúde no Brasil: uma análise qualitativa de 1990 a 2010* [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
36. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Lancet 2011; 11:31.
37. Guerra AFM, Gonçalves DU, Côrtes MCJW, Alves CRL, Lima TMA. Otorrinolaringologia pediátrica no sistema público de saúde de Belo Horizonte. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):719-725.
38. Hoepfner C, Franco SC, Maciel RA, Hoepfner AMS. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saude Soc* 2014; 23(3):1091-1101.
39. Nunes BP, Thum E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(6):968-976.
40. Ernani TSH, Sílvia EA, Sergio MM. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na Atenção Primária. *Cad Saude Colet* 2015; 23(3):280-288.
41. Vale e Silva J. *Necessidade de Saúde: subsídios à prática do pensar fazer saúde* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012.
42. Santos LDE Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2876-2880.
43. Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):7-14.
44. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):139-146.
45. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1):43-62.
46. Gomes RM; Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):339-350.
47. Gomes D, Ramos FRS. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Cien Saude Colet* 2015; 8(20):2591-2600.
48. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):663-674.
49. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):80-88.
50. Silva RM, Viera CS, Toso BR, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(4):382-388.
51. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica* 2005; 15(4):227-234.
52. Castro HCO, Machado LZ, Walter MIMT, Ranincheski SM, Schmidt BV, Marinho DNC, Campos TMA. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). *Sociedade em Debate* 2008; 14(2):113-134.
53. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-1276.
54. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):605-618.
55. Norman AH. O espaço de entrecruzamento das palavras: a relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10(35):1-3.

Artigo apresentado em 30/03/2016

Aprovado em 01/07/2016

Versão final apresentada em 09/07/2016